THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Hagop KHOUBESSERIAN

Né à Adana (Turquie), le 1er Mars 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PRURIT PÉRINÉAL ET DE ses RAPPORTS avec la SYPHILIS

PRÉSIDENT : M. JEANSELME, Professeur

— PARIS —
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, Boulevard Saint-Germain, 91

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT CHAUFFARD ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU JEANNIN COUVELAIRE
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — Agrégés en exercice

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ Henri..	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgical
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU ...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtamologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.	
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LEVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.
LERI.....	Clinique médicale.

MM.	
LOEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Clinique ophtalmologique.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de clinique dermatologique
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse.

A mon Maître le Docteur HUDELO

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Hommage de vive gratitude pour tout ce que je dois à son inestimable enseignement et pour la bienveillance avec laquelle il a mis à ma disposition les observations de son service.

A Monsieur le Docteur RABUT

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a guidé de ses précieux conseils. Qu'il soit assuré de ma profonde reconnaissance.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs :

DELBET ;

WIDAL ;

AUVRAY ;

LEGRIS ;

SCHWARTZ.

MM. les Docteurs :

BABONNEIX.

DEVRAIGNE ;

GANDI.

GÉNÉRALITÉS

MM. Hudelo et Rabut, d'accord avec les auteurs américains, ont proposé de grouper, sous le nom de prurit périnéal « l'ensemble des sensations pruritiques, qui peuvent être ressenties à la région anopérinéale et aux organes génitaux. »

« On peut réunir dans la même description les variétés de prurigo podicis, pudendi muliebris, scroti, etc. », disait déjà Devergie. En effet, si chaque variété peut exister isolément et dépendre, jusqu'à un certain point, de causes locales spéciales, il n'est pas douteux que les causes générales ou profondes soient le plus souvent identiques et qu'un prurit, primitivement localisé à l'une ou l'autre de ces régions gagne fréquemment les autres. Ce qui rend parfaitement légitime leur groupement sous un même titre.

D'ailleurs, le prurit périnéal n'est pas une entité indépendante ; il n'est souvent qu'une localisation d'un état prurigineux plus général, localisation favorisée par l'anatomie et la physiologie, la circulation et l'innervation et, enfin, la pathologie particulière de cette région qui en font un lieu de moindre résistance, un lieu où les causes

locales, les causes déclanchantes du « potentiel prurigineux » s'attaquent le plus fréquemment. Aussi, nous semble-t-il impossible de séparer l'étude étiologique et pathogénique du prurit périnéal de celle du prurit et des prurigos en général.

Nous envisagerons, ici, aussi bien les prurits dits essentiels, les névrodermies de Brocq, sans modification de la peau, que ceux accompagnés de réactions cutanées diverses comme la lichénification et l'eczématisation. Nous nous rallions entièrement, sur ce point, aux idées de Cazenave, combattues par Hebra et que Brocq et Jacquet ont définitivement établies sur des bases solides tant cliniques qu'expérimentales. Les modifications de l'aspect objectif de la peau sont postérieures au prurit. Elles sont dues à la réaction du sujet au traumatisme du grattage suivant son idiosyncrasie, suivant sa sensibilisation spéciale.

APERÇU HISTORIQUE

C'est à Lorry que nous devons une première description clinique, des plus vivantes d'ailleurs, du prurit périnéal qu'il range dans les intertrigos.

« Les anciens auteurs, dit Cazenave, désignaient sous le nom de pruritus tantôt une simple démangeaison, tantôt une maladie tout entière, avec ou sans éruption ». Willan s'est attaqué à cette masse amorphe des pruritus pour essayer d'y introduire une classification rationnelle. Il l'a divisée en un certain nombre de genres et ces genres en une multitude de variétés. Le prurit périnéal s'est trouvé enrôlé dans le genre prurigo et décrit sous les noms de prurigo, podicis, prurigo pudendorum, prurigo scroti et vulvœ, prurigo perinœi, etc., quoique Willan, lui-même, eût reconnu que ces prurigos partiels étaient souvent non papuleux.

Les auteurs français du XIX^e^ siècle acceptent tous, au moins dans ses grandes lignes, la classification du grand dermotologue anglais.

Rayer décrit séparément le lichen et le prurigo de cette région suivant la forme, l'évolution et surtout les dimensions des papules. Il semble avoir été le seul à ne pas s'être

aperçu de la fréquence du prurit sans papules. Il y consacre à peine une petite note pour recommander de ne pas le confondre avec les lichens et les prurigos anogénitaux qu'il décrit minutieusement.

Ce sont encore des prurigos pour Cazenave et Schedel, « quoique, disent-ils, le plus souvent on ne rencontre pas de papules... l'absence de toute rougeur, de tout élément et surtout de vésicule distingue cette maladie de certains eczémas ».

Devergie les classe dans les prurigos sans papules partiels.

Alibert, Gibert, Bazin, Hardy etc. restent dans cette voie. Ils voient tous l'absence fréquente de papules ou d'autres éléments éruptifs dans les prurits des régions anopérinéale et génitale, mais ils persistent quand même à les ranger dans les prurigos. Ils semblent réserver le mot prurit pour des démangeaisons banales, pour ce que Hebra appellera le prurit physiologique, et le trouver trop faible ou pas assez expressif pour désigner quelque chose de morbide.

Hébra n'est pas de cet avis. Pour lui, le mot prurigo s'applique à une affection bien déterminée. Le prurit périnéal est donc décrit sous les simples noms de prurit anal, de prurit vulvaire, etc., au chapitre des affections nerveuses de la peau, quoique, l'auteur soit assez sceptique sur leur origine nerveuse.

Si, grâce aux travaux de Vidal, Besnier, Brocq et Jacquet, le mot prurigo s'affranchit des limites étroites fixées par Hebra, il se sépare, néammoins, définitivement des affections non papuleuses et n'englobe plus le prurit pé-

rinéal. Cependant, Darier rangera encore dans les prurigos, les prurits partiels lorsqu'ils présenteront de la lichénification, tout en reconnaissant que cette lichénification est secondaire au grattage. Ce n'est donc plus qu'une question de mot.

Les meilleurs travaux sur les affections prurigineuses sont dus à Brocq et Jacquet. Brocq proclame l'antériorité du prurit à l'éruption, crée les mots de lichénification, névrodermie, nevrodermite. Jacquet partage les idées de Brocq et les étaye sur des bases solides. Son étude sur le prurit dont les éléments lui sont fournis par une auto-observation des plus rigoureuses, est un modèle du genre.

APERÇU CLINIQUE

Le prurit périnéal peut affecter tous les degrés dans son intensité. Il n'est pas rare de voir dans la rue, dans les endroits publics, certains individus porter la main à leur périnée, presqu'inconsciemment, pour se livrer à un grattage de quelques secondes. Chez d'autres, c'est une affection tellement insupportable qu'ils en cherchent la fin dans le suicide. Toutes les nuances peuvent être imaginées entre ces deux catégories de cas extrêmes.

Pour exprimer leurs sensations les malades emploient les mots de picotement, de frémissement, de chatouillement, de fourmillement, de reptation, de cheminement d'insecte, etc... En réalité, aucune de ces expressions ne rend compte de ce phénomène subjectif particulier dont le seul caractéristique est d'appeler le grattage.

A un premier degré, les démangeaisons surviennent par petites crises qui n'incommodent presque pas le malade. Un léger grattage, quelque fois un simple frôlement plus ou moins conscient a raison de cette sensation. On peut même résister à l'envie de se gratter et voir le prurit se calmer tout seul, surtout si on n'y arrête pas son attention.

Les cas moyens peuvent encore être calmés par un grattage plus énergique, proportionnel à l'intensité du prurit, soit avec les ongles, soit avec le bout des doigts. Mais, dans les cas plus violents ce grattage ne fait qu'exaspérer les démangeaisons. Le prurit est irrésistible. Le malade perd toute retenue, aucune convenance ne l'arrête, il se gratterait « même en présence d'un roi » disait Lorry. Les décharges pruritiques se multiplient et redoublent d'intensité à mesure qu'elles reçoivent satisfaction. Bientôt les ongles n'y suffisent plus, le malheureux s'empare d'un linge rude, d'une brosse, il ne trouve pas d'objet assez dur pour apaiser sa rage. Blême, angoissé, grimaçant, il se frotte, se déchire avec frénésie et volupté. Il ne trouve un calme que quand il a écorché, dilacéré et mis en sang toute la région. L'expression si imagée d'onanisme pruritique, créé par Jacquet, n'est pas suffisante pour rendre toute l'irrésistibilité et toute l'intensité de ce phénomène qui touche plutôt à l'épilepsie.

Certaines femmes cherchent dans le coït la satisfaction de leur prurit vulvaire sans que cet acte leur apporte toujours un soulagement.

Ces crises peuvent se répéter plusieurs fois par jour. Leur durée est variable. C'est surtout le soir au coucher et la nuit qu'elles sont les plus fréquentes et les plus pénibles. Le déshabilage et la chaleur du lit rallument le prurit. Le malade se réveille et se surprend à se gratter. Ce réveil est un vrai cauchemar. Si ces crises deviennent subintrantes il perd tout sommeil, tout appétit. L'état général s'altère, le malade tombe dans une dépression physi-

que et morale qui le conduit à la neurasthénie et quelque fois jusqu'au suicide.

Si dans la majorité des cas, le prurit périnéal n'atteint pas cette intensité extrême il est cependant suffisant pour empoisonner la vie.

L'onanisme se rencontre assez fréquemment chez les pruritiques périnéaux soit comme cause, soit comme conséquence de l'affection.

Ces ébranlements nerveux plus ou moins violents mais répétés aggravent les névropathies qui en sont souvent à l'origine ou les créent chez les sujets prédisposés. La plupart des auteurs du XIX^e^ siècle rapportent cette observation de BIETT, d'une femme de 60 ans que le prurit périnéal avait conduit à la nymphomanie. Elle ne pouvait pas voir de jeunes gens sans tomber en syncope. JACQUET cite le cas d'un jeune névropathe chez qui la satisfaction d'un prurit exclusivement anal provoquait l'éjaculation.

*
* *

L'aspect objectif de la région est des plus variables. Tantôt, malgré un prurit de plusieurs années, la peau conserve son aspect normal ou présente à peine une légère pigmentation; tantôt la peau réagit et présente soit un aspect velouté et humide, soit une véritable eczématisation ou une lichénification plus ou moins accusée. Chez certaines femmes, les modifications de la région vulvaire peuvent faire penser à tort à l'onanisme. Dans toutes ces formes on peut voir des lésions mécaniques de grattage: éraillures, fissures, croutelles, etc...

Favre distingue une forme sèche et une forme humide. Dans la première l'anus est entouré d'un halo allant du rouge sombre au rouge brun et rouge carminé à la périphérie. Cette surface est le siège d'une desquamation évidente et est bordée par une collerette épidermique plus ou moins marquée. Dans la forme humide, la peau est blanchâtre, gonflée, succulente et comme macérée, pouvant en plus présenter des vésicules. Elle est le siège d'une sécrétion visqueuse, poisseuse et adhérente. Ces aspects n'avaient pas échappés aux anciens auteurs. En traitant le lichen des parties génitales et de la marge de l'anus Rayer écrit: « Il est souvent difficile de le distinguer de l'eczéma, lorsqu'il est passé à l'état furfuracé ou lorsqu'il est accompagné d'un suintement sérosanguinolent produit par l'excès de l'inflammation et par les égratignures profondes ».

ÉTIOLOGIE

Le prurit périnéal est surtout fréquent entre 30 et 50 ans, « c'est-à-dire à l'âge où le fonctionnement du système nerveux est le plus actif. » (Duncan Bulkley). Il se rencontre avec une égale fréquence dans les deux sexes. Les races anglo-saxonne et israélite y payent le plus lourd tribut.

A la suite de Willan, la plupart des auteurs français ont admis comme cause prédisposante du prurit périnéal, « la constitution nerveuse et irritable », et, comme causes favorisantes, la chaleur de l'atmosphère, le frottement des vêtements de laine, la vie sédentaire, la malpropreté, le séjour dans les lieux bas et humides, la mauvaise nourriture, l'abus des boissons alcooliques, du thé et du café, des salaisons, des mets épicés, les émotions, les chagrins, les fatigues excessifs, les pertes chroniques chez la femme, la ménopause, la grossesse, les parasites intestinaux, les hémorroïdes, les inflammations gastro-intestinales, les calculs vésicaux, les excès vénériens, l'onanisme, etc...

Dans l'étiologie du prurigo formicans qui englobe les prurits anogénitaux, Alibert insiste sur l'hérédité syphili-

tique: « Les enfants nés de parents scrofuleux ou infectés de la syphilis y sont très enclins. »

Cazenave et son élève Canuet en font une névrose au même titre que l'hystérie.

Devergie, frappé par l'histoire de son magistrat chez qui la guérison d'un prurit anal intense avait été suivie d'hémoptysies, en fait une manifestation de la tuberculose. « Je ne saurais, dit-il, trop appeler l'attention des médecins sur la liaison du prurigo de l'anus ou du périnée avec des poitrines tendant à l'hémoptysie. »

Bazin invoque la diathèse herpétique et dartreuse.

Avec Hardy nous trouvons la goutte et surtout le diabète. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité de rechercher la présence du sucre dans les urines de ces malades.

Hebra et Kaposi avouent ne connaître que très peu de chose sur les causes de ce prurit. Ils ont vu des prurits vulvaires non seulement accompagner les cancers de l'utérus, mais encore les précéder de plusieurs années comme signe précurseur. Plus tard, Wikham attirera l'attention sur le prurit accompagnant les néoplasmes abdominaux.

Kaposi, Stelwagon, Leredde admettent dans quelques cas l'influence de l'abus des savonnages et des bains.

Tarnier, Budin, Charpentier ont rapporté des cas de prurit vulvaire de la grossesse qui déterminait un surexcitation suffisante pour provoquer l'avortement.

Matthews Duncan a observé le prurit anal accompagnant souvent une évacuation incomplète du rectum. Hertz de même incrimine la rétention de petites quanti-

tés de matières dures dans le rectum. Pour Jacquet, c'est la distension du rectum par le passage du bol fécal dur et gros qui, chez les constipés, est la cause du prurit. D'autres, avec Darier, accusent plutôt la résorption de toxines au niveau du rectum. Hill attribue le prurit aux érosions et fissures déterminées par le bol fécal. Moson, Wallis trouvent ces lésions locales dans 90 % des cas.

Mummery signale l'influence des secrétions glaireuses du catarrhe rectal. Enfin toutes les autres affections de l'intestin terminal ont été signalées: Rectosigmoïdite, polype anal, rétrécissement du rectum, fistules, etc...

Le prurit accompagnant les états hépatiques est de notion courante.

Widal et Weil ont signalé le prurit anal chez les azotémiques.

Milian a insisté sur le prurit anal chez les tabétiques. On l'a décrit aussi dans la paralysie générale et dans d'autres affections nerveuses.

On a encore justement incriminé les intoxications médicamenteuses (arsenic, cocaïne, morphine, bismuth, mercure), les irritations chimiques locales, les lithiases (reins, voies biliaires), les affections génito-urinaires (métro-salpingite, prostatite, urétrite, cystite) et les altérations hématiques (chlorose, anémie, leucémie).

Depuis que les troubles endocriniens sont mieux connus, on a tendance à leur attribuer l'origine de certains prurits. On avait toujours constaté la fréquence du prurit périnéal dans la grossesse, les troubles de la menstruation, la ménopause, la castration, la maladie de Basedow. Viel l'a signalé dans les affections des glandes surrénales.

Les auteurs américains incriminent plutôt des infections microbiennes locales. Pour Clemons c'est le streptocoque d'une pyorrhée alvéolo-dentaire qui traverse tout le tube digestif pour venir causer des démangeaisons au niveau de l'anus. Murray accuse le streptococcus fécalis, et rallie à ses vues bon nombre de ses compatriotes; mais ces idées sont battues en brèches après sa mort. Winfield, sans nier le rôle du streptococcus fécalis et même, quelquefois d'un épidermaphyton, attribue le principal rôle au colibacille. Montagle reprend les recherches de Murray en s'entourant, dit-il, de plus de précautions pour éviter les causes d'erreur. Il va même jusqu'à introduire dans le rectum d'individus sains, des cultures de streptococcus fécalis qu'il laisse sur place pendant 36 heures! Malgré cela, il n'arrive jamais à reproduire un prurit anal durable. Ses recherches microscopiques sur des pièces de biopsie ne lui révèlent que la présence du staphylocoque banal qu'il considère comme due à l'inoculation par le grattage.

La théorie microbienne des américains n'a pas obtenu grand crédit en France. Ainsi, pour ce qui est, par exemple, de la pyorrhée alveolo-dentaire, Darier incrimine plus simplement la résorption des produits toxiques.

Favre fait de la majorité des prurits périnéaux des dermo-épidermites mycosiques. Il s'appuie sur l'aspect objectif de la région, sur la découverte de filaments mycéliens ou de levures dans cinq cas et, enfin, sur l'heureux effet de l'alcool iodé en application locale. Du Bois rapporte une observation de trichophytie péri-anale.

Ces théories infectieuses locales microbiennes ou myco-

siques soulèvent une objection de fond. Ces infections sont-elles primitives et causes du prurit ou bien ne sont-elles que le résultat de l'inoculation par le grattage ? Quel terrain plus favorable, en effet, à l'infection qu'une surface cutanée continuellement meurtrie, soit par les ongles soit par tout espèce de corps plus ou moins sales? Une fois cette peau infectée, il nous est très facile de comprendre que le prurit s'en trouve exaspéré, et qu'il persiste même après la disparition de la cause originelle, ce qui expliquerait fort bien les succès thérapeuthiques obtenus par l'iode et, peut-être même, certains cas de mnémodermie pruritique. D'ailleurs, il ne nous semble pas que l'alcool iodé soit absolument spécifique, et qu'il n'ait pas une action modificatrice sur le système cutané, action indépendante de ses vertus parasiticides. Sabouraud l'emploie fréquemment et depuis longtemps dans un grand nombre de dermatoses non parasitaires, comme les névrodermites et le prurit anal. Malgré le succès qu'il obtient de ce traitement, il n'en a tiré aucune présomption en faveur de l'origine infectieuse ou parasitaire de ces lésions. Une chose nous a particulièremnet frappé dans un cas d'intertrigo mycosique que nous avons suivi de très près et pendant longtemps. Il s'agissait d'une lésion siégeant entre le quatrième et le cinquième orteil droits. Le malade ne prenait aucun soin pour protéger le pied gauche ni les autres espaces interdigitaux du pied droit. Bien plus, au moment des grandes paroxysmes, suivant la loi de l'hyperesthésie régionale si bien observée par Jacquet, il se grattait frénétiquement toute la région autour de la lésion avec les mêmes ongles qui avaient lacéré cette peau mala-

de blanchâtre, veloutée, épaissie. Malgré celà, il n'a jamais pu arriver à faire la moindre inoculation ni à étendre excentriquement sa lésion au-delà du 4e espace. Comment expliquer de pareils faits, sans admettre l'influence de causes autres que la simple inoculation et que toutes celles visibles à la surface de la peau?

Enfin, dernièrement, Hudelo et Rabut ont attiré l'attention sur l'extraordinaire fréquence de la syphilis héréditaire ou acquise dans les antécédents des prurítiques périnéaux, et signalé l'efficacité du traitement spécifique dans un grand nombe de cas. Nous reviendrons sur ces faits dans les chapitres suivants.

***

S'il est logique de diviser toutes les causes que nous venons d'énumérer en locales et générales, si, dans quelques cas la grande prédominance des causes locales rend légitime leur appellation de prurit direct, et, si dans d'autres, notre ignorance de la cause localisatrice nous permet de parler de nevrodermie ou prurit essentiel, il ne nous semble pas que nous ayions le droit d'établir une distinction absolue entre les prurits de causes locales ou directs et ceux de causes générales ou indirects. Il y a toujours une combinaison en proportion variable de ces deux ordres de facteurs. Les uns préparent le terrain, accumulent le potentiel pruritique comme le disait Jacquet, sensibilisent l'organisme comme nous le dirions maintenant; les autres déterminent la décharge pruritique, soit sur toute la surface cutanée, soit sur une région plus ou moins limitée. Voici deux individus porteurs d'une même affection;

d'hémorroïdes par exemple. L'un se gratte frénétiquement, l'autre n'éprouve aucun besoin de se gratter. Pourquoi? Parce que le premier a un lourd potentiel prurigène accumulé par les tares héréditaires (arthritisme, nervosisme, hérédosyphilis, etc.) ou personnels, par des intoxications chroniques alimentaires ou médicamenteuses ou des auto-intoxications (urémie, diabète, hépatite, constipation, etc.) par un surmenage intellectuel et moral, enfin par tout un concours de causes qui ont créé chez lui une sensibilisation spéciale. Le second qui est indemne de ce lourd passé tant héréditaire que personnel est aussi indemne de prurit périnéal quoiqu'il subisse la même excitation locale. Nous pourrions multiplier de pareils exemples pour illustrer ce que Jacquet a admirablement démontré, a savoir, la stratification des causes et l'existence d'une véritable sommation prurigène. Les causes générales s'additionnent, de même les causes locales, enfin ces deux ordres de causes s'associent entre elles suivant des modalités infinies.

Cette notion a une portée pratique que nous développerons dans nos conclusions.

SYPHILIS & PRURIT

La notion du rôle de la syphilis dans l'étiologie des affections prurigineuses, n'est pas nouvelle, puisqu'elle remonte à Alibert. Nous nous étonnons que dans la *Pratique Dermatologique*, Jacquet l'attribue à Blascko, dont la publication est postérieure de soixante ans à celle d'Alibert.

Traitant de l'étiologie générale des dermatoses, Devergie trouve le tempérament scrofuleux à l'origine d'un grand nombre, et la syphilis héréditaire derrière beaucoup de scrofules. Sa scrofule syphilitique n'est pas autre chose que notre syphilis héréditaire larvée. Il est d'accord avec Bazin pour attribuer à cela le succès des préparations mercurielles dans diverses affections.

A la suite de Willan et de Biett, Cazenave se montre ardent partisan des mercuriaux dans le traitement des prurits localisés. « J'ai obtenu, écrit-il, des résultats souvent merveilleux de l'emploi des fumigations cinabrées. »

Guénot de Mussy mentionne la syphilis comme pouvant être le point de départ du prurit vulvaire. Il ajoute plus loin que le mercure sera très souvent efficace, sans qu'on

puisse déduire de cette guérison aucune présomption d'origine syphilitique.

Jacquet se rallie à l'idée de Blashko et admet l'origine quelquefois hérédosyphilitique, de certains prurigos. Mais, dans son étude du prurit, il ne mentionne pas la syphilis. Il reconnaît, cependant, le prurit tabétique.

Milian attirera l'attention sur le prurit anal dans le tabès.

Brocq signale la syphilis parmi les causes prédisposantes aux affections pruritiques.

Au Congrès de dermatologie de Strasbourg, en 1923, Greco a insisté sur le rôle de la syphilis « comme provocatrice directe ou indirecte de ce symptôme cutané, appelé prurit... le prurit peut constituer un des meilleurs symptômes révélant la syphilis héréditaire ou acquise. » qu'il s'agisse de prurit essentiel ou de prurit accompagné de réactions cutanées diverses.

Si jusqu'à présent, l'origine syphilitique de certains prurigos était admis par tout le monde, l'influence de la syphilis dans la genèse des prurits localisés n'a été mise en lumière que par les dernières publications de Hudelo et Rabut. Ces auteurs ont eu le mérite de montrer pour la première fois, que le prurit périnéal devait le plus souvent à la syphilis son origine et sa ténacité.

Voici un cas de ville des plus instructifs, que notre maître Hudelo se plaît à nous citer dans ses admirables leçons cliniques :

Il s'agissait d'une femme affligée d'un prurit anal atroce, depuis dix ans, avec une grosse lichénification de la région. Tous les traitements avaient été essayés

sans succès. Un examen de sang ayant révélé un Wasserman positif, la malade fut soumise à un traitement par le bismuth. Au bout de quelques injections, le prurit disparassait, la lichenification s'affaissait et la malade goûtait un repos qu'elle n'avait pas connu depuis dix ans.

La relation du prurit et de la syphilis est ici indéniable. Ne pourrait-on pas cependant l'expliquer par ce fait que les dermatoses les plus banales peuvent acquérir une tenacité toute particulière du fait du terrain syphilitique sur lequel elles évoluent ? La proportion énorme de syphilis que Hudelo et Rabut ont révélée dans les antécédents des pruriritiques périneaux, ne permet pas de nous contenter de cette explication. Leurs recherches ont porté sur soixante cas. Voici la conclusion qu'ils ont enregistrée dans un article du *Progrès médical* du 19 décembre 1925 :

« Nous avons obtenu comme total : 27 syphilitiques héréditaires, 14 syphilitiques acquis, plus trois cas de Wassermann positif, chez des malades ne rentrant *a priori* dans aucune de ces deux catégories, soit 73 pour cent de syphilitiques. »

De tels chiffres dépassent de beaucoup la proportion ordinaire des syphilitiques parmi les consultants de Saint-Louis. Si on admet que parmi les 27 pour cent qui restent, il y a encore sûrement des syphilitiques ignorés, sans antécédents, ni stigmates, ni séroréaction, on est encore en droit d'augmenter cette proportion déjà plus qu'impressionnante.

Comme conclusion logique de ces constatations, 32

malades ont pu être soumis à un traitement antisyphilitique, soit par le novarsénobenzol, soit par le bismuth. Sept échecs ont été enregistrés. Mais, chez vingt-cinq malades, le traitement s'est montré efficace. Nous donnons ci-dessous quelques observations-types, prises dans le service de notre maître Hudelo.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

T. L., femme de 40 ans, souffre de prurit vulvaire depuis plusieurs années. Il s'agit d'un prurit essentiel. La malade ne présente ni antécédents, ni stigmates pouvant faire penser à la syphilis. Le mari est bien portant. Elle n'a jamais eu de grossesse.

Les urines sont normales. Le Wassermann et le Hecht sont fortement positifs dans le sang.

Soumise au traitement par le novarsénobenzol le 28 septembre 1923 elle voit son prurit disparaître entièrement à la fin de la première série.

Elle subit deux autres séries en décembre 1923 et mars 1924. Ses séroréactions sont négatives. Elle va toujours très bien au point de vue prurit.

OBSERVATION II

B. M., femme de 49 ans, souffre d'un prurit vulvaire depuis 4 mois. Sa mère est morte de paralysie ; elle a perdu cinq frères et sœurs en bas âge. Son mari est bien portant. Elle a eu sept enfants morts de méningites.

Ses séroréactions sont faiblement positives. Il s'agit fort probablement d'une syphilis héréditaire.

On trouve dans les urines du sucre et de l'albumine.

Le 10 août 1923, la malade est soumise au traitement par le novarsénobenzol qu'elle supporte mal. Elle reçoit successivement les doses de 0 gr. 15, 0 gr. 30 et trois fois de

0 gr. 45. Au bout de ces cinq injections le prurit a disparu ainsi que le sucre dans les urines. Il y a encore des traces d'albumine. Elle reçoit encore deux injections de novarsénobenzol, une de 0 gr. 60, l'autre de 0 gr. 75 associé à l'adrénaline. Le 12 octobre le Wassermann est négatif, le Hecht très faiblement positif. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines. La malade continue à ne pas se gratter.

OBSERVATION III

H. Z., femme de 38 ans, est atteinte, depuis un mois, d'un prurit vulvaire intense sans aucune lésion objective. Elle ne présente aucun stigmate ni antécédent héréditaires ou personnels. Mais elle avoue que son mari a été traité à St-Louis pour la syphilis.

Le Wassermann et le Hecht sont négatifs.

L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine.

Soumise à une série de novarsénobenzol le 28 septembre 1923 elle voit une amélioration dès la seconde injection, amélioration qui s'accentue au fur et à mesure des injections. Elle ne se démange plus à la fin de la série.

OBSERVATION IV

C. M., homme de 54 ans, atteint d'un prurit anal essentiel depuis 1911 avoue avoir contracté la syphilis en 1905.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives.

Les urines sont normales.

On commence une série de novarsénobenzol le 28 août 1923. Il se trouve tellement amélioré à la cinquième injection (0 gr. 75) qu'il se considère comme guéri et ne juge plus nécessaire de continuer le traitement.

OBSERVATION V

R. L., homme de 51 ans, employé de chemin de fer, vient consulter pour un prurit anal essentiel dont le début remonte à cinq mois. Rien chez lui ne permet de penser à la syphilis.

Le Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Un traitement par l'auto-hémothérapie ne donne aucun résultat.

On décide de soumettre le malade à un traitement anti-syphilitique le 31 mai 1924. Une première série ne semble pas apporter d'amélioration nette. Il se gratte moins au bout de la deuxième série. L'amélioration s'accentue et le malade va tout à fait bien à la fin de la troisième série.

Ces faits ne laissent aucun doute sur la grande place que doit occuper la syphilis dans l'étiologie du prurit périnéal.

*
* *

Y a-t-il des critériums permettant de distinguer des autres prurits ceux relevant de la syphilis ?

Gréco a essayé d'établir certaines règles que nous nous permettrons d'exposer et de discuter une à une.

1°) Exclusion de n'importe quel autre facteur ou maladie causale.

Nous avons assez parlé de la stratification des causes et de la loi de la sommation prurigène pour ne pas juger nécessaire d'insister sur le peu de valeur de cette première condition. Notre deuxième observation illustre d'ailleurs très bien ce point de vue. Si on s'était arrêté aux urines sucrées on risquait de passer à côté d'une syphilis héréditaire.

2°) Présence de symptômes syphilitiques évidents, atténués, probables ou inexplorés.

De ce qu'un prurit coexiste avec un symptôme de syphilis on ne peut toujours conclure à une relation de

cause à effet. D'autre part, le prurit peut être quelquefois le seul symptôme d'un état syphilitique héréditaire ou acquis.

3°) Certaine chronocité ou ancienneté du prurit.

Avant d'avoir une durée de plusieurs années, un prurit a commencé par n'avoir que quelques jours, puis quelques semaines, enfin quelques mois d'existence. Tout prurit lié à un état chronique quelconque, a grande chance d'avoir une longue durée.

4°) Présenter franchement des exacerbations vespérales et nocturnes.

Quel est donc le prurit depuis le plus banal jusqu'au plus complexe qui ne présente ces exacerbations vespérales et nocturnes ?

5°) L'épreuve thérapeutique.

C'est, à notre avis, le meilleur test, quoique, comme le reconnaît Gréco, certains cas offrent une résistance toute particulière au traitement.

Il ne nous semble donc pas que ces données puissent servir de guide sûr. Ni l'aspect objectif de la région prurigineuse, ni l'intensité, ni la modalité, ni l'évolution d'un prurit d'origine syphilitique ne permettant de le distinguer des prurits relevant de tout autre cause.

Par quel mécanisme l'infection syphilitique provoque-t-elle de prurit ? Nous étudierons ce problème au chapitre suivant.

PATHOGÉNIE

Si « l'humeur prurigineuse circulant dans le sang » et « la matière excrémentitielle siégeant entre la peau et l'épiderme » ont prêté beaucoup à rire, on est encore loin d'avoir pénétré la pathogénie et le mécanisme du symptôme prurit, malgré la multiplicité des hypothèses qui ont été tour à tour soutenues. On n'est même pas d'accord au sujet du système dans lequel se passe ce phénomène. Est-ce le système nerveux cérébro-spinal, est-ce le sympathique, sont-ce les humeurs de l'organisme ?

C'est à Galien qu'on fait remonter la paternité des toxines circulant dans le sang et cherchant à s'éliminer par la peau.

Cazenave et ses élèves pour qui ces prurits sont des névroses, parlent de contractions des filets nerveux du corps papillaire.

Pour Hébra c'est l'exsudation de la goutte de blastème dans cette même papille. Il ne croit pas beaucoup au rôle du système nerveux et il raille durement les prurits dits toxiques.

Pour Jacquet, c'est le système sympathique qui est en cause. La dissémination sans ordre du prurit, ses

relations avec la vasomotricité de la région ont été invoquées par lui. Cette conception l'a conduit à définir le prurit : « L'exagération de celles des sensations cutanées élémentaires ou sensations eudermiques, qui émanent des fibres sensitives du nerf grand sympathique. »

Golay a repris l'étude du rôle du sympathique dans les dermatoses : « grand régulateur des fonctions normales de la peau, dit-il, il doit certainement jouer en pathologie cutanée un rôle majeur ». Aux raisons invoquées par Jacquet on peut ajouter celles fournies par l'étude des glandes à sécrétion interne. Les liens étroits unissant le grand sympathique au système endocrinien ne sont niés, aujourd'hui, par personne. Or, nous n'avons qu'à nous reporter à l'énumération des causes étiologiques du prurit périnéal pour y rencontrer souvent les troubles endocriniens comme les dysthyroïdies, les insuffisances ovariennes et surrénaliennes, la grossesse, la ménopause, la castration, etc... En ce qui concerne le diabète, pour invalider l'explication du prurit périnéal par le contact d'urine sucrée, Viel a appliqué, en série, sur des périnées sains de l'urine sucrée sans réussir à déterminer des démangeaisons. Ne peut-on aussi rattacher ce prurit à l'insuffisance des ilôts de Longerhans glandes à sécrétion interne ?

Widal et son école ont donné du prurit une interprétation colloïdoclasique. Darier admet le rôle de la sensibilité idiosyncrasique ou acquise et de l'anaphylaxie. Le choc colloïdoclasique permet d'expliquer les prurits que Jacquet appelait réflexes, comme celui que l'ingestion d'un verre de vermouth lui provoquait immédiatement

sur le dos des mains. Beaucoup de phénomènes anaphylactiques sont accompagnés de prurit. N'a-t-on pas, d'ailleurs, signalé de tout temps la coexistence et plutôt l'alternance des crises d'asthme avec des crises de prurit ? Enfin, on obtient parfois de bons résultats dans les affections prurigineuses par la médication désensibilisatrice.

Avec l'auteur amércain Montagne, nous avons une explication toute différente. Le prurit pour lui n'est pas une sensation spécifique, mais une simple irritation un peu plus forte que celle provoquée par la sensation tactile mais pas assez intense pour provoquer de la douleur. Les choses se passent dans le système nerveux cérébro-spinal, car, il dénie au système sympathique toute propriété de conduire les sensations douloureuses. Montagne délimite autour de l'anus avec une précision mathématique une *zône prurigène* où s'épanouissent les filets sensitifs issus des quatre premiers segments sacrés. Toute irritation de ces filets par abrasion, avulsion, compression, macération de l'épiderme est transmise au cortex qui projette sur cette même zône la sensation consciente du prurit. C'est le prurit direct. Quant aux prurits dits constitutionnels ou reflexes, voici comment Montagne les interprète : Toutes les affections générales ou viscérales capables d'engendrer ce phénomène au niveau du périnée se ramènent, au fond, à un changement de volume de tel ou tel organe par inflammation, hypertrophie, hyperplasie, congestion ou distension. La tension mécanique de la capsule de ces organes irrite la riche arborisation sympathique siégeant dans cette capsule. Le sympathique

étant lui-même incapable de conduire les sensations douloureuses, cède ce stimulus au système cérébro-spinal au niveau des ganglions postérieurs et des cornes latérales, seuls points où les nerfs rachidiens soient dépourvus de leur isolant myéline. C'est justement au niveau des quatre premiers segments sacrés que le sympathique pelvien et le sympathique abdominal viennent contracter d'étroites relations avec le névraxe. Ainsi ce stimulus apporté par le système autonome est branché sur les mêmes fibres qui conduisent les excitations de la zône prurigène. Il est donc très compréhensible que le cerveau conscient, par une erreur d'interprétation, projette cette sensation sur cette même zône. Voilà ce que Montagne appelle le prurit indirect.

Cette théorie toute mécanique, plutôt simpliste et gratuite n'a pas même la vertu de donner une explication acceptable de tous les cas de prurits indirects. Ainsi, par quel mécanisme ce petit verre de vermouth distendait-il les arborisations sympathiques de l'estomac de Jacquet pour produire immédiatement des démangeaisons au niveau de ses mains ? Où est la distension quand une émotion, le surmenage intellectuel, les excès vénériens ont provoqué un prurit périnéal ? Enfin, quelle explication donner des variations individuelles ? Si le système sympathique est incapable de conduire la douleur, comment arrivons-nous à bien localiser, sans aucune erreur d'interprétation, les sensations de pesanteur, de tension et de douleur au niveau de tous les viscères abdominopelviens ? Si le mécanisme invoqué par Montagne était conforme à la réalité, il n'y aurait pas de raison pour que

toutes ces sensations ne soient pas également projetées à notre périnée qui deviendrait dès lors le véritable miroir des troubles abdominopelviens !

Il n'est pas impossible de faire une synthèse éclectique de toutes ces théories. Les lésions viscérales et endocrino-sympathiques peuvent préparer le terrain, la sensibilisation de l'organisme. Les causes toxiques, infectieuses et mécaniques interviennent, soit pour accentuer ces lésions, soit pour déclancher le choc colloïdoclasique, choc qui peut déterminer au niveau du sympathique cutané un certain déséquilibre, certaines modifications qui se traduisent subjectivement par des démangeaisons. Quant aux causes locales, elles déterminent dans le sympathique régional une instabilité spéciale, une sensibilisation locale qui rend cette régon susceptible au moindre choc soit interne, soit externe.

Quant à ce qui se passe dans l'intimité de la peau ce mécanisme nous échappe autant que celui de la faim et de la soif.

*
* *

Comment la syphilis déclanche-t-elle ce mécanisme ? Il ne s'agit sûrement pas de lésions du névraxe, puisque Hudelo et Rabut, dans vingt-six ponctions lombaires qu'ils ont pratiquées chez des pruritiques périneaux, n'ont trouvé qu'une seule fois une légère anomalie du liquide cephalorachidien sous forme d'une petite lymphocytose. Agit-elle indirectement en créant des lésions des viscères, des glandes endocriniennes, du sympathique, des nerfs périphériques ? Ne fait-elle que créer cet état de

nervosisme spécial sur lequel Leredde a insisté, ou cet état d'équilibre instable appelé sensibilisation ? Ce nervosisme, cette sensibilisation ne sont-ils pas eux-mêmes sous la dépendance de lésions endocrinosympathiques ? Dans l'état actuel de nos connaissances nous ne pouvons pas répondre à ces questions d'une manière précise. Il n'est, cependant, pas invraisemblable d'admettre que la syphilis puisse se servir de ces divers mécanismes, soit séparément, soit en les combinant les uns aux autres.

CONCLUSIONS

On voit quelle importance revêt le prurit périnéal de la richesse et de la complexité de son étiologie et de la gravité des différentes maladies dont il peut être le symptôme. Aussi le sujet qui en est atteint mérite-t-il un examen des plus approfondis. Il serait une faute d'instituer un traitement empirique avant d'avoir fait une enquête longue et serrée. On risquerait non seulement de passer à côté d'une affection grave et ayant une portée sociale comme la syphilis, mais encore d'aller au-devant d'inévitables échecs : « Le seul espoir d'en triompher, disait Gaillard-Thomas, est de le considérer comme un symptôme et de chercher à découvrir sa cause. » Nous dirions plus volontiers ses causes additionnant leurs effets suivant la loi de la sommation prurigène. Ainsi, de ce qu'un prurit ique périnéal est porteur d'hémorroïdes ou d'oxyures nous n'avons pas le droit d'exclure toutes les autres affections, bien plus intéressantes à dépister, qui ont permis à ces hémorroïdes et à ces oxyures de déterminer du prurit.

Enfin, l'énorme fréquence de la syphilis dans les antécédents héréditaires ou personnels de ces malades nous fait un devoir de l'avoir toujours présente à l'esprit

devant tous les cas de prurit périnéal, d'en rechercher systématiquement les symptômes et les stigmates, de pousser notre enquête jusqu'aux ascendants et au conjoint et d'avoir toujours recours aux réactions sérologiques. Même si cette enquête ne révèle rien en faveur de la syphilis, si rien n'explique ce prurit et, à plus forte raison, si tous les traitements actuellement en faveur (applications calmantes, alcool iodé, nitrate d'argent, scarrification linéaire, ignipuncture, rayons X, air-chaud, diathermie, ultra-violets, neige carbonique, douche filiforme, auto-séro ou autohémothérapie, injection d'alcool ou d'acide chlorhydrique, etc.) ont échoué, il est parfaitement légitime d'instituer un traitement antisyphilitique, surtout avant de se décider à confier ces malades au chirurgien pour des neurotomies superficielles ou des résections de muqueuse.

C'est en se conformant à ces règles que le médecin aura, croyons-nous, non seulement le plus de chance de soulager un mal tenace, parfois insupportable, toujours pénible, mais encore la satisfaction de découvrir la maladie bien plus grave qui se cache derrière et de la traiter pour le plus grand bien du malade, de sa famille et de la société.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
JEANSELME.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Lorry. — *De morbis cutaneis.*

Willan. — *On cutaneous diseases.*

Rayer. — *Traité pratique et théorique des maladies de la peau.*

Alibert. — *Monographie des Dermatoses.*

Cazenave et Schedel. — *Abrégé pratique des maladies de la peau.*

Cazenave. — *Des lésions de la sensibilité de la peau siégeant dans le corps papillaire.* (Ann. des Mal. de la peau et de la syphilis, 1844).

Canuet. — *De l'influence du système nerveux dans les maladies de la peau.* (Thèse de Paris, 1855).

Devergie. — *Traité pratique des maladies de la peau.*

Bazin. — *Article Lichen* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* 1869.

Hardy. — *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau.*

Hebra et Kaposi. — *Traité des maladies de la peau.* (Traduction de Doyon).

Guénot de Mussy. — *Prurit vulvaire.* (Gaz. des Hôp. 1868).

Blaschko. — *Berl. Klin Woch.*, 1895.

Wickam. — *Prurit ou prurigo comme signe révélateur du cancer abdominal.* (Bull. de la Soc. de Dermatologie, juin 1903).

Milian. — *Prurit tabétique.* (Ann. des mal. vénériennes, déc. 1906).

— Société médicale, 1907.

Brocq et Jacquet. — *Articles lichen, prurigo et prurit.* (Pratique Dermatologique).

Brocq. — *Précis-Atlas de Dermatologie.*

Simonet. — *Du prurit vulvaire reflexe dans la métro-vaginite aiguë.* (Thèse de Paris, 1904).

Rebaud. — *Prurit tabétique.* (Thèse de Paris, 1907-08).

Sovin. — *Prurit tabétique.* (Thèse de Bordeaux, 1911).

Duprey. — *Prurit tabétique.* (Thèse de Paris, 1911-12).

Mer Eyraud-Dechaux. — *Prurit vulvaire.* (Thèse de Paris, 1914).

Huet. — *Prurit de l'anus.* (Thèse de Paris, 1925).

Gaucher. — *Le prurit essentiel.* (Journ. des Prat., 1909).

Fernet. — *Les prurits et leur traitement.*

Tierlink. — *Le prurit anal.* (La Belgique médicale, 1914).

Fr. Moutier. — *Le prurit anal.* (Journ. méd. Franç., 1922).

Golay. — *Rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses.* (Ann. de Derm., 1922).

Greco. — Congrès de Dermat. de Strasbourg, 1923.

Du Bois. — *Tricophytie de l'anus.* (Ann. de Derm. août-septembre 1923).

JOURDANET. — *Contribution à l'étude du prurit.* (Ann. de *Derm.*, 1924).

DURAND. — *Prurit anal.* (Année méd. prat., 1923).

LAIGNEL-LAVASTINE. — *Prurit* (Jour. de M. de Bordeaux, 1923).

FAVRE. — *Prurit anal.* (Lyon Médical, 1925).

CLÉMONS. — *True pruritus ani, its association with pyorrhea alveolaris.* (Med. Record, 1er juin 1918).

MURRAY. — *Etiology ant treatment of Pruritus ani ; summary of eight years of work on the subject.* (The Jour. of the Ann. méd. ass., 2 nov. 1918).

WINFIELD. — *The infective origin of anogénital Pruritus.* (Arch. Derm. et Syph., 21 nov. 1921).

MONTAGNE. — Transactions of the American Proctologie Society, 1922 et 1923).

HUDELO et RABUT. — *Le prurit périnéal.* (Le Monde méd. 1er déc. 1925).

— *Prurit périnéal et Syphilis.* (Le Progrès méd., 19 déc. 1925).

Caen. — Imprimerie A. OLIVIER. 34, rue Demolombe. — 13.036